

STATE OF WASHINGTON DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS) اسم القضية: شهادة المصادر والمصاريف اسم AP: STATEMENT OF RESOURCES **AND EXPENSES** قضية IV-D: (الرحاء كتابة كل الأحوبة) معلومات شخصية I. 4. رقم الهاتف: 1. اسمي بالكامل 2. تاريخ الميلاد 3. رقم الضمان الاحتماعي عنوان سكنى 6. الحالة الاحتماعية متزوج منفصل 7. المدينة الولاية رمز البريد 8. اسم الزوج/الزوحة 9. مكان الزواج 11. عدد الأطفال الذين يعيشون 10. تاريخ الزواج معلومات العمل Π. 1. المهنة 2. انا الأن املك عمل خاص بي عاطل عن العمل المدينة 4. عنوان العمل 3. اسم الشركة المدينة رمز البريد المدينة رمز البريد 5. اسم الإتحاد 6. عنوان الاتحاد المدينة أ. التأمين الطبي/الاسنان للأولاد 1. طبي 2. اسم وعنوان شركة التأمين 3. أسنان 4. أسم وعنوان شركة التأمين צ ب. امتلاك العمل شخصيا 1. اسم العمل 2. عنوان العمل المدينة رمز البريد 4. رقم الضريبة الخاص بالعمل 3. نوع العمل امتلاك العمل لوحدي شركة مشاركة 5. ان حساب البنك لعملي هو في

		ت. معلومات	العمل ء	من الزوحة	او الزوج		
3. اسم الشركة		2. المهنة				1. رقم الضمان الاحتماعي	
5. اسم الأتحاد الذي ينتمى اليه		رمز البريد	المدينة	المدينة		4. عنوان العمل (الشركة)	
		ث. ا	متلاك ال	ممل شخص	يا		
2. عنوان العمل					1. اسم العمل		
4. رقم الضريبة الخاص بالعمل		3. نوع العمل	شركة			مشاركة	امتلك العمل لوحدي
5. حساب البنك الخاص بالعمل في							
		.III	معلومات	ن الدخل و	المثلكات		
				المصادر للم			
6. بحموع الدخل	5. مجموع الدخل	4. دخل أخر		3. د	خل الزوج	2. دخل العمل	1. مقدار معاشي
		ب. الدخل الإجماإ	لي من كا	ل المصادر ا	لـــ12 شهرا الماضيا	;	
.4	مصادر (صاحب العمل)			3. دخل الع	لمرف الأخر	2. دخلي الإجمالي	1. الشهر
		ı	ت. وداد	ع ادخار			
4. قيمتها الفعلية	3. نوع الودا	ئع المدخرة		5 .2	قيمتها الفعلية	1. نوع الودائي	نع المدخرة
-							
1			1				

		را لم ادر الشخصي	ما ت الدخل و مساب البنك ا	III. تابع معلو ث. معلومات -			
1. نوع الحساب	2. اسم البنك والعنوان				3. رقم الحساب		4. المبلغ المتبقي
				جاري			
				ادخار			
			اداد	حساب الإتح			
				أخرى			
			أسهم وودائع				
	لاحظات	ا. ما			2. عدد الأسهم	:	3. القيمة الفعلية
			ن	ح. مباد			
					لترلى):	نى التالية (بالاضافة لم	اني أملك أو سأشتري المبا
	1. عنوان أو الوصف القانويي			 السنة التي تم شراء المبنى 		ء 3. القرض من	
				_			
			ت شخصية	ح. ممتلکا			
							اني املك او سأشتري الأش
1. اسم أو نوع	2. النوع	3. السنة	رصف	4. رقم لوحة الأرقام والو	ں ہــــ	5. العقد خاص	6. المبلغ المتبقي من السعر.
سيارة							
سيارة							
قارب/ماكينة							
عربة القارب							
المترل المتحرك							
كرفان للتخييم							
أخرى							
أخرى							
أخرى							
أخرى							
أخرى							

IV. معلومات المصاويف الشهرية أ. مساكن				
 اجار السكن او دفعات للمنزل 				
2. ضرائب وتأمين (إذا لم تكن مفطى في الدفعات السابقة				
المحموع الكلمي للسكن (اجمع سطر رقم واحد وأثنين)				
ب. احتياحات المعرل				
1. تدفتة (غاز ووقود)				
2. كهرباء				
3. ماء، يماري، قيامة				
4. ماتف				
5. أخرى: (اذكرها)				
المحموع الكلي (اجمع من سطر 1-5)				
ج. طعام				
1. طعام لعده أشخاص				
2. وحبات يتم تناولها خارج المتزل				
3. أشوى: (اذكوها)				
المجموع الكلي (اجمع من سطر 1-3)				
ح. رحاية الطفال				
1. رعاية يومية للأطفال لعدد من الأطفال				
2. ملابس				
 تكاليف المرسة لعدد من الأولاد 				
4. دفعات لمساعدة الأولاد ولا يعيشون معي				
 مصاريف أخرى متعلقة بالأولاد (اذكره): 				
المبلغ الكلى (اجمع من سطر 1-5)				
خ. مواصلات				
1. دفعات السيارة او اجارها				
2. تأمين				
3. رخص				
4. وقود وتصليحات اعتيادية				
5. مصفات				
6. أخوى: (اذكرها)				
المجموع الكلي (اجمع من سطر 1-6)				
د. ملایس				
1. ملاہس عمل				
2. ملابس أخرى				
المحموع الكلي (اجمع سطر واحد واثنين)				

IV. تابع معلومات المصاريف الشهرية ذ. رعاية صحية						
1. مصاریف تأمین الأسنان والصحی						
حة والعيون	 عدم تغطية التأمين للأسنان أو تقويمها والص 					
ما):	 مصاریف أخری غیر مغطی بالتأمین (اذکر. 					
	المحموع الكلي (اجمع من سطر 1-3)					
ىي	س. شعم					
	1. قص الشعر/تجميل					
	2. تعلیم					
	3. كتب، حرائد ومجلات					
	المحموع الكلي (اجمع من سطر 1-4)					
برية أعوى	ص. مصاریف شو					
1. منفوع لـــ	2. المبلغ المدان	3. الدفعات الشهرية.				
المبلغ الكلي للمصاريف الأخرى الشهرية والمدفعات (اجمع الـــ13 سطر السابقة)						
ش. الجموع الكلي للمصاديف الشهرية						
(اجمع مجموع كلّ المصاريف التي ذكرت من ١ - ش)						
اقر تحت عقوبة التزوير او التضليل تحت قانون ولاية واشنطن ان هذا الطلب صحيح ومعبئ على كل ما أعرف من معلومات. أعلم ان ولاية واشنطن قد تقاضيني في المحكمة إذا اعطيت معلومات خاطئة في هذا الطلب عمدا. أعلم ان المعلومات التي وفرتما هنا خاضعة تحت التأكيد من قبل مكتب الخدمات الصحية والاجتماعية.						
التاريخ		العنوان				